

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 40

TRAITEMENT
DU
CANCER DES LÈVRES
AU CENTRE ANTICANCÉREUX
DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 16 décembre 1929

PAR

Raymond-Jules-Alexandre-Édouard-Théodore MALLET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 juin 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur.	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.....	<i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé	
		PAPIN, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET.

3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 40

TRAITEMENT
DU
CANCER DES LÈVRES
AU CENTRE ANTICANCÉREUX
DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

—*—
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 16 décembre 1929

PAR

Raymond-Jules-Alexandre-Édouard-Théodore MALLET

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE.

Né à BORDEAUX (Gironde), le 6 juin 1904.

Examineurs de la Thèse	{	MM. RÉCHOU, professeur.	{	<i>Président.</i>
		SABRAZÈS, professeur.		<i>Juges.</i>
		MURATET, agrégé.		
		PAPIN, agrégé.		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3 PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	VERGER	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	MAURIAC.
Clinique chirurgicale	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique gynécologique	GUYOT.
Clinique d'accouchements	ANDERODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale	DENIGÈS.
Anatomie	VILEMIN	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Physiologie	PACHON	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Potanique et matière médicale	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	SELLIER.
Pharmacie	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECO.	Chirurgie générale	PAPIN.
Histologie	LACOSTE.	id.	JEANNENEY.
Anatomie pathologique	MURATET.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale	GREYX.	Obstétrique	PERY.
id.	N.	id.	N.
id.	AUBERTIN.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	PIÉCHAUD.	Pharmacie	GOLSE.
Maladies mentales	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire	CAVALIÉ.	Puériculture	N.
Médecine opératoire	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.	N.
Accouchements	PERY.	Pharmacie chimique	GOLSE.
Ophtalmologie	CABANNES.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE — A MA MERE

Votre vie consacrée entière à vos enfants
a été un magnifique exemple de dévouement
et d'abnégation. Recevez ici l'assurance
de ma profonde reconnaissance et
de mon affection.

A MES GRANDS-PARENTS

A MA SOEUR — A MON BEAU-FRERE

A MON FRERE

A MA FAMILLE

A MA FIANCEE

A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE
DE SANTE DE LA MARINE ET DES COLONIES

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BRUGERE

*Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RECHOU

*Professeur d'Electroradiologie et de Clinique d'électricité médicale,
Directeur du Centre régional de lutte contre le cancer
de Bordeaux et du Sud-Ouest,
Docteur ès sciences,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec l'expression de notre reconnaissance
pour avoir bien voulu nous inspirer cette
thèse et la présider.

TRAITEMENT DU CANCER DES LÈVRES

AU CENTRE ANTITUBERCULEUX DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST

INTRODUCTION

L'épithélioma de la lèvre est presque toujours ignoré du malheureux qui en est atteint. Ce mal, d'apparence bénigne, qui est au début purement local, commence ordinairement par un « bobo », qui ne fait aucunement souffrir et qui reste assez longtemps stationnaire. A ce moment-là le mal est curable, mais le malade ne se croit pas atteint aussi profondément, car il ne souffre pas. Aussi néglige-t-il le plus souvent de se montrer au médecin. Ce fait explique les mauvaises statistiques enregistrées en matière de traitement du cancer, les malades venant consulter le médecin au moment où leur mal est déjà presque incurable.

La curiethérapie, la radiothérapie et la chirurgie constituent, à l'heure actuelle, les trois méthodes efficaces dont on dispose pour guérir un cancer. On sait la fréquence avec laquelle les ganglions sont envahis au cours des épithéliomas. Cette fréquence est assez grande en ce qui concerne le cancer des

lèvres, et l'on peut dire que l'infection ganglionnaire est le satellite fréquent du néoplasme des lèvres. Donc, pour guérir un malade atteint de cancer de la lèvre, il faut détruire à la fois et la localisation initiale et la localisation ganglionnaire.

Le traitement du cancer des lèvres a largement bénéficié, au cours de ces dernières années, du perfectionnement de la technique curiethérapique, grâce à laquelle les cancers des lèvres peuvent être stérilisés d'une façon définitive.

Notre travail comportera deux parties : une première partie réservée aux généralités sur les cancers des lèvres et leurs divers traitements, une deuxième partie où nous donnerons les observations recueillies dans le service de M. le Professeur Réchou, au centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest et les conclusions qu'on peut en tirer.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES SUR LE CANCER DES LEVRES

Le cancer des lèvres est la tumeur de beaucoup la plus fréquente des lèvres. Il atteint surtout les paysans plus que les habitants des villes et on a expliqué ce fait par l'irritation due au grand air et par la malpropreté habituelle des campagnards. Toutes les causes d'irritation locale ont été incriminées et, en première ligne, le tabac : il est certain que beaucoup de malades vous racontent que l'ulcération qu'ils présentent s'est développée à l'endroit de la lèvre où ils ont l'habitude de placer leur cigarette. Les plaques de leucoplasie, la malpropreté, les lésions dentaires, les petites excoriations, certaines lésions spécifiques jouent certainement un rôle prépondérant dans l'étiologie des épithéliomas des lèvres. Un homme dont nous publions plus loin l'observation (XVI) fut atteint d'un épithélioma de la lèvre inférieure à la suite d'une brûlure par l'acide sulfurique.

Quelle est la localisation la plus fréquente des cancers des lèvres ? D'après toutes les statistiques publiées, c'est la lèvre inférieure qui est de beaucoup la plus souvent lésée. Parmi les 18 observations que nous avons recueillies, nous trouvons : 17 cancers de la lèvre inférieure (94 p. 100), 1 cancer de la lèvre supérieure (obs. XIV) (5 p. 100), 1 cancer de la commis-

sure labiale' (5 p. 100). Les épithéliomas de la lèvre supérieure se rencontrent plus fréquemment chez les femmes que chez les hommes.

Cette lésion des lèvres se rencontre surtout chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine. En effet, sur les 18 cas observés, un seul malade avait moins de cinquante ans.

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes. Nous notons 18 cas pour les hommes sur les 18 observations.

Au point de vue histologique, les cancers des lèvres rentrent dans la catégorie des cancers malpighiens. Quand ils sont constitués par des cellules peu différenciées, on leur donne le nom de baso-cellulaires; quand, au contraire, l'évolution de certaines de leurs cellules se fait vers le stade corné, on les appelle spino-cellulaires. Il est assez difficile de superposer exactement le tableau clinique à la distinction histologique. On rencontre souvent, d'ailleurs, des formes intermédiaires entre les baso et les spino-cellulaires. Cependant cette distinction schématique mérite d'être conservée, car la notion de spino-cellulaires implique toujours l'idée d'une malignité beaucoup plus grande : évolution rapide, infiltration précoce en profondeur, fréquence des adénopathies. Ils exigent, pour être stérilisés localement, une technique plus rigoureuse et un dosage plus précis que les autres formes d'épithéliomas malpighiens. C'est dire qu'ils présentent aussi une résistance plus grande. Au contraire, baso-cellulaire veut presque toujours dire tumeur moins maligne : tumeur longtemps superficielle, grande rareté des adénopathies. Il faut dire aussi que, parmi les épithéliomas de même forme histologique et d'aspect clinique analogue, on observe parfois des différences dans la possibilité d'obtenir la guérison, sans qu'il soit possible de déterminer exactement la cause de ces radiosensibilités dissemblables.

La connaissance du type histologique n'est pas suffisante; il faut y joindre l'étude des éléments néoplasiques et celle du stroma conjonctivo-vasculaire. Une tumeur dont l'activité reproductrice est intense signifie qu'il s'agit d'un processus

extrêmement malin. Au contraire, certains cancers dont l'évolution est très lente, à mitoses rares par conséquent, supposent une réaction de défense active de la part de l'organisme, et sont facilement guéris par les radiations; tel est, par exemple, le cas de certains épithéliomas baso-cellulaires d'aspect cylindromateux.

Il faut citer encore l'épithélioma naevique, dont le traitement ne relève ni de la radiothérapie, ni de la curiethérapie, mais de l'électrolyse ou de la diathermo-coagulation.

Au point de vue clinique nous distinguerons deux types différents du cancer des lèvres :

1° La forme végétante d'emblée est un type particulièrement favorable. Il s'agit de gros choux-fleurs rougeâtres, dont la base d'implantation est toujours moins large que la tumeur elle-même. Les lésions ont évolué lentement sans adénopathie.

2° La forme ulcéreuse d'emblée nous a paru avoir une marche beaucoup plus rapide et être, en général, du type spino-cellulaire. En quelques mois ou en un ou deux ans au maximum apparaît une ulcération profonde entourée d'un bourrelet d'envahissement épais et surélevé. La base de la tumeur se perd dans les plans profonds, qu'elle infiltre largement, et envahit vite le squelette sous-jacent. Présence d'adénopathie fréquente.

Les cancers des lèvres sont en général des lésions localisées, mais peuvent cependant présenter des complications dont les principales sont : l'extension en profondeur avec envahissement osseux, l'infection, les métastases, les adénopathies.

L'envahissement des os et des cartilages sous-jacents indique une lésion très étendue, très mutilante, et qu'il est souvent impossible de traiter et surtout de guérir.

L'infection est la règle, car les microbes trouvent un excellent gîte dans les clapiers de ces cancers profonds, et il est des cas où elle donne à l'épithélioma ganglionnaire une allure aiguë et une forme suppurée. En présence des lésions infectées, la désinfection, la mise à plat des clapiers purulents est la règle avant tout traitement, toute irradiation.

Les métastases consécutives aux cancers des lèvres sont extrêmement rares, bien qu'on connaisse quelques cas de greffe gastrique secondaire. Les organes les plus atteints par les métastases sont le foie, les poumons, la plèvre, les capsules surrénales, le cœur. Nous relevons, dans l'observation VII, le cas d'un homme atteint d'un cancer de la lèvre supérieure et qui eut dans les derniers jours de sa vie une métastase hépatique, dont il mourut.

Enfin la complication la plus fréquente et la plus redoutable est l'envahissement du territoire ganglionnaire, que nous allons étudier dans un chapitre spécial.

CHAPITRE II

SUR LES ADENOPATHIES SURVENANT AU COURS DU CANCER DES LEVRES

Nous avons cru devoir réserver un chapitre spécial aux adénopathies consécutives aux cancers des lèvres, vu l'importance toujours croissante accordée en matière de cancer au système lymphatique et l'extrême fréquence de l'envahissement ganglionnaire. Cet envahissement ganglionnaire s'arrête aux relais lymphatiques voisins du néo; il ne les dépasse qu'exceptionnellement, et à une phase tardive. Il s'effectue par embolie : un bourgeon cancéreux se détache de la tumeur, pénètre dans les vaisseaux lymphatiques et s'arrête dans les ganglions. Grâce à ce mécanisme, le néo et l'adénopathie forment deux foyers relativement séparés. On n'a pas à se préoccuper de la zone intermédiaire, qui est saine au moins à la phase moyenne de l'évolution.

Les cancers épidermoïdes des lèvres sont, après ceux de la langue et des joues, les plus envahissants.

Il est capital de connaître, pour chaque région, quels sont, en particulier, les ganglions lymphatiques auxquels on doit songer pour les extirper, qu'ils nous soient indiqués par l'anatomie et la clinique ou même la clinique seule.

En ce qui concerne en particulier le cancer de la lèvre inférieure, autrefois trop considéré comme bénin, il est classique aujourd'hui de ne plus limiter l'intervention à la seule lésion labiale, mais de procéder en outre à l'évidement ganglionnaire des régions sous-mentales et sous-maxillaires. Langenbeck a écrit, dans les *Archives de chirurgie clinique*, que le seul pro-

grès fait dans le traitement du cancer de la lèvre inférieure consiste dans l'extirpation de la région ganglionnaire.

Les lymphatiques des lèvres naissent de deux réseaux, l'un cutané, l'autre muqueux, en continuité l'un avec l'autre au niveau du bord libre. De ces deux réseaux partent les troncs collecteurs, qui reçoivent, chemin faisant, les vaisseaux lymphatiques beaucoup moins développés de la tunique musculaire.

Au niveau de la lèvre supérieure il existe, de chaque côté, deux collecteurs sous-muqueux et deux ou trois collecteurs sous-cutanés. Tous se rendent aux ganglions sous-maxillaires.

Au niveau de la lèvre inférieure les vaisseaux sous-cutanés sont au nombre de deux ou quatre de chaque côté. Les troncs issus de la partie moyenne de la lèvre vont aboutir aux ganglions sous-mentaux. Ceux nés au voisinage de la commissure gagnent les ganglions antérieurs et moyens du groupe sous-maxillaire. Les vaisseaux sous-muqueux, au nombre de deux ou trois pour chaque moitié de la lèvre, se portent en bas et en dehors et se jettent dans les ganglions sous-maxillaires. Les vaisseaux issus des ganglions sous-maxillaires vont aboutir aux ganglions de la chaîne carotidienne. Quant aux vaisseaux afférents des ganglions sous-mentaux, ils se divisent en deux groupes : un groupe se porte vers les ganglions sous-maxillaires, un autre groupe va se jeter dans un ou deux ganglions situés sur la face antérieure de la jugulaire interne.

Donc un premier relai ganglionnaire constitué par les ganglions sous-maxillaires et les ganglions sous-mentaux, un deuxième relai par les ganglions carotidiens.

Ce rapide exposé anatomique rend compte comment les ganglions profonds peuvent être envahis par le cancer, et le grand nombre de récidives dans le cas où la thérapeutique n'a porté que sur la tumeur labiale.

Au point de vue clinique, une palpation attentive permettra de sentir les ganglions, même chez les sujets gras, dans la région sous-maxillaire et le long du sterno-cléido-mastoïdien,

dans la région sous-mentonnière. Ils sont indépendants, mobiles, de volume modéré, mais extrêmement durs; et ce n'est que tardivement, en principe, qu'ils se fusionnent les uns aux autres, qu'ils adhèrent à la peau, qu'ils s'ulcèrent. Il est rare de voir la tumeur ganglionnaire devenir assez volumineuse pour comprimer les organes voisins.

Dans quelle proportion les ganglions sont-ils envahis au cours du cancer des lèvres?

Dubois, dans sa thèse (Paris, 1924), rapporte la statistique suivante : sur 53 observations de cancers de la lèvre, il a trouvé 46 cas dans lesquels les ganglions étaient cliniquement perceptibles. Les territoires les plus souvent atteints sont d'abord les ganglions sous-maxillaires (75 p. 100), les ganglions sus-hyoïdiens (46,9 p. 100), les ganglions carotidiens (5,6 p. 100). Il a observé la bilatéralité dans 18 cas.

Parmi les observations que nous avons recueillies, nous trouvons 14 fois les ganglions cliniquement perceptibles et 8 fois la bilatéralité.

Il est intéressant de signaler la rareté avec laquelle l'épithélioma de la lèvre supérieure s'accompagne d'adénopathie, ce qui fait que son pronostic est toujours beaucoup plus bénin que celui du cancer de la lèvre inférieure. On trouve cependant quelquefois un ganglion parotidien hypertrophié, mais très rarement histologiquement cancéreux. Ce fait explique la rareté avec laquelle les épithéliomas de la lèvre supérieure récidivent. Nous avons cependant trouvé un cas de cancer de la lèvre supérieure où les ganglions étaient envahis d'une façon avancée (obs. XIV).

Tous les ganglions qui deviennent gros et douloureux au cours du cancer des lèvres sont-ils nécessairement cancéreux? Il n'en est rien. Les ganglions au voisinage d'un néo peuvent être hypertrophiés sans être envahis; par contre, de petits ganglions en apparence à peine augmentés de volume sont susceptibles d'être infectés. Il n'y a donc aucun parallélisme entre la consistance et la forme du ganglion et la nature de ses altérations.

En se basant sur l'examen histologique, Soupault et Labbé sont arrivés à distinguer, parmi les ganglions au voisinage d'un cancer, les trois variétés suivantes :

1^o ganglions sains, mais en état d'hypertrophie fonctionnelle;

2^o ganglions infectés, soit par des microbes pyogènes, soit par la tuberculose;

3^o ganglions cancéreux.

Broders, sur 449 curages des loges sous-maxillaires pour cancers des lèvres, ne trouve de ganglions histologiquement cancéreux que dans 103 cas (23 p. 100).

Claude Régaud et ses collaborateurs, dans leurs recherches à l'Institut du radium, à Paris, estiment à 60 p. 100 la proportion moyenne des cas sans infestation ganglionnaire par le processus néoplasique.

Nous-même nous nous sommes rendu compte que des ganglions dont l'examen clinique avait commandé l'exérèse n'étaient pas toujours envahis histologiquement.

CHAPITRE III

TRAITEMENT DES ADENOPATHIES CONSECUTIVES AUX CANCERS DES LEVRES

Que faire pour prévenir ou guérir les adénopathies cancéreuses? Trois méthodes sont à l'heure actuelle employées : la roentgenthérapie, la curiethérapie et la chirurgie.

ROENTGENTHÉRAPIE. — La roentgenthérapie se montre le plus souvent impuissante à guérir, à elle seule, les métastases ganglionnaires des néoplasmes des lèvres. La vulgarisation de l'emploi des appareils à haute tension, qui permettent de pratiquer ce qu'on a appelé la roentgenthérapie pénétrante, n'a amélioré que d'une façon peu sensible les résultats obtenus par les rayons X en ce qui concerne le traitement des adénopathies cancéreuses. Les résultats obtenus à l'Institut du radium de Paris pendant les années 1919, 1920, 1921, 1922 sont extrêmement mauvais. Sur 18 malades qui ont été traités par la radiothérapie seule, on ne note aucune guérison. Dans la plupart des cas, les rayons X ne semblent avoir enrayé en aucune façon l'évolution des lésions ganglionnaires.

Coutard, qui a traité par les rayons X un nombre élevé d'adénopathies cancéreuses du cou, travaille actuellement dans les conditions suivantes : 200 kilovolts; filtration 1,5 à 2 mm. de Zn. et 3 mm. d'Al.; 40 à 60 centimètres de distance peau-anticathode; porte d'entrée cutanée suivant le siège du néo de 50-150 cm². Il cherche à obtenir par le feu croisé dans les parties néoplasiques une dose inférieure à la dose épider-

micide. Ce résultat n'est pas obtenu dans la profondeur sans destruction temporaire de l'épiderme cutané à la surface (radio-épidermite élective). Le traitement est achevé autant que possible en moins de trois semaines, en sachant cependant que l'état général du malade est d'autant plus atteint que la dose nécessaire est donnée dans un temps plus court. Il cite deux observations qui démontrent l'efficacité des rayons X sur les tumeurs ganglionnaires (pas d'examen histologique).

À l'heure actuelle, voici la technique employée au centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest dans le traitement des adénopathies cervicales par les rayons X : 200 kilovolts; filtration 2 mm. de Cu. et 1 m. d'Al.; distance par anticathode 40 centimètres; 2.500 à 3.000 R. sur la région; séances de trente minutes tous les deux jours.

Les résultats obtenus sont peu brillants, et dans nos observations nous ne relevons qu'un cas d'adénopathie cancéreuse ayant guéri sous l'effet des rayons X.

CURIETHÉRAPIE. — Deux méthodes sont employées à l'heure actuelle pour le traitement des adénopathies cancéreuses du cou par le radium :

1° La radiumpuncture;

2° La curiethérapie par appareils moulés.

Nous n'entrerons pas ici dans la technique du traitement par le radium, réservant un chapitre spécial à la curiethérapie.

Nous avons peu employé la radiumpuncture pour le traitement des ganglions cancéreux. Aussi donnerons-nous seulement sur cette méthode l'opinion des auteurs l'ayant pratiquée. Cl. Regaud et ses collaborateurs lui attribuent exclusivement la guérison d'un ganglion cliniquement cancéreux, adhérent à la peau et à la mâchoire dans un cas de cancer de la lèvre inopérable. Cette méthode, disent-ils, peut être employée lorsqu'il s'agit des ganglions sous-maxillaires et sous-mentonniers (région non dangereuse), fixés à la peau et au plan profond, surtout quand ces ganglions sont assez gros. Dans les tumeurs ganglionnaires de la région carotidienne, la radiumpuncture faite avec la prudence qu'impose la pré-

sence du cordon vasculo-nerveux dans la tumeur peut procurer des diminutions de volume intéressantes en vue d'un traitement consécutif par appareil moulé; « mais, seule, elle ne guérit jamais, parce que faite à l'aveugle » elle ne peut atteindre sans danger grave le tissu néoplasique au voisinage des vaisseaux. La radiumpuncture nous a donné un échec dans le traitement d'une adénopathie cancéreuse (obs. I).

La curiethérapie par appareils moulés, que nous employons rarement, paraît donner cependant de bons résultats à ceux qui la pratiquent.

A l'Institut du radium, à Paris, Regaud utilise un appareil en une ou deux pièces en pâte Colombia de 3 centimètres d'épaisseur qu'il moule et maintient avec facilité sur l'espace interhyoïdo-maxillaire. Il utilise un filtrage de 1 millimètre de platine, une durée de traitement (continu ou discontinu) de huit à douze jours, une dose de 1 à 1,5 millicurie détruit par centimètre carré de surface radiante, à 3 centimètres de distance.

Dubois rapporte les résultats suivants se rapportant à des cas où la guérison de la lésion labiale fut réalisée :

Sur 16 cas de cancers des lèvres on obtient 8 guérisons (50 p. 100).

Quand l'adénopathie s'aggrave pendant le traitement du cancer et ne cède pas au rayonnement, le traitement doit être considéré comme inutile. En pareil cas il y a lieu de suspendre les applications pour les reprendre après l'intervention chirurgicale.

Cl. Regaud conclut : « En l'absence de contrôle histologique on ne pourra juger de l'efficacité des traitements radiothérapiques que difficilement, à la condition de réunir un nombre très considérable d'observations et d'obtenir une proportion de guérisons définitives très élevée. » Cette incertitude du traitement radiothérapique nous fait penser que le curage chirurgical des ganglions doit être pratiqué dans tous les cas et que l'opération doit être complétée par le traitement radiothérapique.

CHIRURGIE. — La chirurgie compte à son actif de nombreux succès, mais elle n'a pu empêcher de fréquentes récives. L'exérèse chirurgicale doit être pratiquée suivant des règles précises. Il faut enlever en bloc les ganglions, de façon à faire une sorte d'évidement cellulo-lymphatique, comme on les enlève en bloc en faisant le curage de l'aisselle dans le cancer du sein. L'ablation des ganglions sous-maxillaires, les plus souvent atteints, doit être accompagnée de l'évidement de la loge, c'est-à-dire que la glande sous-maxillaire doit être également enlevée. Certains chirurgiens préconisent dans tous les cas en même temps que l'ablation large de la tumeur le curage méthodique des ganglions des deux côtés du cou. L'expérience montre en effet que la récive se fait presque toujours, non pas dans la cicatrice, mais au niveau de l'un ou de l'autre des groupes ganglionnaires cervicaux, tributaires des lymphatiques des lèvres, soit du même côté, soit du côté opposé.

Durante conseille la résection du tissu cellulaire de la région sus-hyoïdienne, car les lymphatiques de cette région peuvent être envahis par les éléments néoplasiques provenant d'un cancer de la lèvre inférieure.

Doit-on faire le curage ganglionnaire dans tous les cas de cancer des lèvres?

Regaud et ses collaborateurs à l'Institut du radium de Paris pensent que le curage systématique « prophylactique » ne doit pas être pratiqué, car le nombre de cas dans lesquels les adénopathies sont histologiquement cancéreuses est trop peu élevé. Voici les règles générales qu'ils observent :

- 1° Dans les cas où il n'existe pas de ganglions cliniquement perceptibles ou bien dans les cas où les ganglions sont simplement inflammatoires ils ne font pas d'opération ganglionnaire;
- 2° Lorsqu'il s'agit d'une adénopathie que son siège, sa grosseur, son adhérence, sa croissance rendent suspecte, il est nécessaire d'opérer sans délai le côté correspondant ou les deux si l'adénopathie est bilatérale;

3° Ils ne font un traitement radiothérapique postopératoire que lorsque les ganglions sont histologiquement cancéreux.

Nous pensons que cette règle de conduite est fort dangereuse et que la conservation du territoire ganglionnaire, même en cas d'adénopathie non cliniquement perceptible, laisse au processus cancéreux une voie libre à son développement. Il est fréquent, en effet, de voir se développer, au bout d'un temps plus ou moins long, même après la guérison de la lésion initiale, une adénopathie cancéreuse, qu'il est alors difficile sinon impossible de guérir.

Il faut tenir compte, en outre, de la mentalité des malades qui, sortant de la clinique guéris de leur lésion labiale, négligent de venir revoir leur médecin et ne viennent nous consulter que lorsque leur adénopathie a fait de tels progrès que toute thérapeutique devient inefficace.

La palpation la plus minutieuse faite par le clinicien le plus averti ne peut toujours déceler les ganglions de la région du cou, qui, cependant, sont atteints par le mal. Aussi ne peut-on jamais affirmer l'absence d'adénopathie.

Il est souvent difficile de faire une distinction clinique entre les ganglions cancéreux ou les ganglions simplement inflammatoires, et l'on s'exposerait, croyons-nous, à beaucoup d'erreurs en se fixant uniquement sur l'aspect clinique des ganglions.

En somme, pourquoi ne pas considérer le cancer des lèvres comme le cancer du sein par exemple. Est-ce que le chirurgien attend que les ganglions soit cliniquement perceptibles pour faire l'ablation du réseau lymphatique tributaire de la glande mammaire? Non, assurément. Aussi, pourquoi laisser à l'épithélioma de la lèvre un champ libre à sa marche rapide et mortelle?

Certains auteurs diront que beaucoup de cancers des lèvres évoluent sans adénopathies cancéreuses. C'est vrai. Mais on ne peut prévoir quelle sera la marche d'un néoplasme, et, devant cette incertitude, il faut, dans l'intérêt des malades, faire le curage ganglionnaire systématique.

Pour argumenter cette opinion, prenons quelques exemples parmi nos observations :

Obs. III. — Le malade a complètement guéri de sa lésion labiale sans curage ganglionnaire. Mais dix mois après il revient avec une adénopathie bilatérale sous-maxillaire douteuse, qui oblige à faire un traitement radiothérapique.

Obs. IV. — La lésion de la lèvre a été traitée chirurgicalement sans ablation des ganglions. Le malade fit une récurrence ganglionnaire avec infiltration néoplasique des arithénoïdes, dont il mourut.

Obs. V. — Le malade n'a pas subi de curage ganglionnaire malgré la présence de ganglions sous-maxillaires. La lésion labiale guérit, mais le processus cancéreux gagna les ganglions sous-maxillaires et carotidiens et le malade mourut d'adénopathie cancéreuse.

Ob. VII. — La lésion de la lèvre a été extirpée chirurgicalement, mais sans curage ganglionnaire. Aussi le malade fit-il une récurrence locale et surtout ganglionnaire : gros ganglion bloqué du volume d'un œuf de pigeon; jabot sous-mental avec grosse infiltration et induration très suspecte. A ce moment, le mal était tellement avancé que le curage n'aboutit à aucun résultat.

Obs. VIII. — Au moment du traitement par la diathermo-coagulation le malade ne présentait aucune adénopathie. Un mois après apparurent des ganglions sous-maxillaires bilatéraux et un gros ganglion carotidien supérieur, qui persistèrent jusqu'à la mort, survenue six mois après.

Obs. IX. — Après deux exérèses chirurgicales de l'épithélioma, sans curage ganglionnaire, récurrence locale avec adénopathie sous-maxillaire bilatérale. Le traitement curiethérapique aboutit à la guérison de la lèvre, mais à une récurrence ganglionnaire mortelle.

Obs. XV. — La lésion labiale a récidivé après son exérèse chirurgicale, sans curage ganglionnaire. Apparition d'une adénopathie douteuse dont on ne peut prévoir l'évolution.

Obs. XIII. — On note l'excellent résultat obtenu par le curage ganglionnaire précoce. Le malade est guéri depuis trois ans et sept mois, et ne présente à l'heure actuelle aucune trace de récidive.

En résumé, voici la règle de conduite qu'il faut tenir en présence de tout cancer des lèvres :

- 1° Exérèse ganglionnaire bilatérale;
 - 2° Destruction de la lésion locale par la curiéthérapie externe;
 - 3° Parachèvement de la stérilisation du cou par la radiothérapie profonde.
-

CHAPITRE IV

DIVERS TRAITEMENTS EMPLOYES DANS LE CANCER DES LEVRES

En face d'une lésion épithéliomateuse ou préépithéliomateuse des lèvres, il est de toute nécessité pour faire un traitement utile, de poser un diagnostic précis et formel, non seulement de la nature de la tumeur, mais encore de l'espèce à laquelle on a affaire. Ce diagnostic doit précéder le traitement; il doit être précoce, car c'est lui qui entraîne toute indication thérapeutique.

Pour cela une biopsie sera indispensable, surtout si les symptômes cliniques ne suffisent pas à préciser le diagnostic.

Nous poserons comme principe absolu que tout épithélioma des lèvres doit être totalement détruit ou complètement enlevé.

Les pâtes caustiques et le thermocautère sont des procédés médiocres et souvent même dangereux, car ils risquent soit d'infecter la lésion, soit de hâter son évolution. Le bistouri fait mieux, plus vite, plus proprement, plus largement.

DIATHERMO-COAGULATION. — La diathermo-coagulation est un excellent moyen de traitement des épithéliomas peu étendus ne s'accompagnant pas d'adénopathie. Bordier, dans son livre *Diathermie et Diathermothérapie*, écrit « la diathermo-coagulation peut lutter comme efficacité avec le radium, qu'on applique aujourd'hui dans le cas d'épithéliomas des muqueuses. Le mécanisme d'action diffère totalement d'ailleurs, mais la diathermie permet de localiser plus facilement l'action escarifiante, et son effet est bien plus rapide que celui du radium. »

Il cite plusieurs cas de guérisons d'épithélioma des muqueuses.

MM. Réchou, Jeanneney et Mathey-Cornat, dans une communication à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux (17 déc. 1926), présentent leurs premiers résultats de diathermo-coagulation :

Sur 9 épithéliomas cutanéomuqueux (lèvres, paupières, vulve), ils obtinrent 66,66 p. 100 de cicatrisations.

Ces résultats encourageants peuvent faire espérer qu'avec les progrès de la technique la diathermo-coagulation prendra une plus large part dans le traitement des cancers cutanéomuqueux.

Mais à l'heure actuelle nous pensons que les trois procédés essentiels dans le traitement du cancer des lèvres sont : l'exérèse au bistouri, la radiothérapie, la curiethérapie.

CHIRURGIE. — L'exérèse chirurgicale est un excellent procédé, dont il faut bien poser les indications : il ne faut l'employer que lorsque les tumeurs sont modérément étendues et l'abandonner, au contraire, quand les mutilations doivent être considérables.

Si la technique varie suivant les opérateurs, tous s'efforcent d'obéir ici aux principes généraux qui dominent la chirurgie du cancer. Il est en effet admis par tous que, dans les opérations pour tumeur maligne, on doit essayer d'extirper largement la lésion locale, d'enlever les ganglions et les lymphatiques dépendant de la tumeur, le tout en une seule masse si possible, et d'obtenir la fermeture par première intention.

L'opération en V, qui consiste à pratiquer la résection cunéiforme de la tumeur sans s'occuper des ganglions, tend, à juste titre, à être abandonnée. C'est une opération le plus souvent incomplète; qui expose aux récides. Marion la conseille « lorsque le néo est tout à fait à ses débuts et que les ganglions ne sont pas encore envahis ».

Le même auteur préconise la technique suivante pour l'ablation d'un cancer de la lèvre inférieure accompagné d'adénopathie.

Premier temps : Ablation de la tumeur. La tumeur doit être

enlevée largement, l'incision passant en plein tissu sain et à un bon centimètre des limites du néo. La section devra être menée le plus régulièrement possible pour créer une perte de substance triangulaire ou rectangulaire.

Deuxième temps : Reconstitution de la lèvre.

Troisième temps : Ablation des ganglions, dont nous avons déjà parlé.

Quatrième temps : Fermeture de la plaie.

Beckmann (1913) apporte les résultats suivants, dans lesquels il s'agit de guérisons depuis au moins cinq ans :

Groupe I. — Résection simple de la tumeur primitive : 73 p. 100 de guérisons.

Groupe II. — Curage ganglionnaire systématique des régions sous-maxillaires, pratiquée en l'absence de tout signe clinique d'envahissement : 83,8 p. 100 de guérisons.

Groupe III. — Curage des ganglions en cas d'envahissement néoplasique : 50 p. 100 de guérisons.

Broders (1921) présente une statistique de 449 cas opérés chez les Mayo avec évidement systématique des régions sus-hyoïdienne et sous-maxillaire. Il obtient 70 p. 100 de guérisons maintenues plus de cinq ans.

Brener (1923), réunissant plusieurs statistiques à la sienne, arrive aux conclusions suivantes : en cas de diagnostic précoce, la résection simple de la tumeur primitive donne 60 p. 100 de guérisons. L'évidement systématique des ganglions sous-maxillaires, en l'absence de tout envahissement clinique, donne 92 p. 100 de guérisons. La même opération, pratiquée lorsque les ganglions sont envahis, ne donne plus que 34 p. 100 de guérisons.

L'exérèse chirurgicale avec curage systématique des ganglions semblerait être d'après ces statistiques le procédé de choix pour le traitement des cancers des lèvres. Cependant les cas traités par les chirurgiens qui donnent ces statistiques devaient être des épithéliomas à leur début, peu étendus en surface et en profondeur, et l'on conçoit mal l'exérèse chirurgicale de certains cancers envahissant presque toute la lèvre

inférieure, que le radium ou les rayons X sont seuls capables de faire disparaître.

RADIOTHÉRAPIE. — La radiothérapie peut être utilisée bien plus souvent que le bistouri. La majorité des auteurs pensent que les cancers baso-cellulaires seuls peuvent être traités par les rayons X, les spino-cellulaires devant être réservés au radium parce que plus résistants. Cependant de petits épithéliomas spino-cellulaires peu infiltrés en profondeur peuvent être traités par les rayons X.

Il ne faut pas traiter par la roentgenthérapie les cancers épais, profondément étendus, les cancers infectés, les cancers ayant envahi les os ou accompagnés d'adénopathies. Les rayons X ont une action certainement moins parfaite que le radium sur les cellules cancéreuses; ils sont plus nocifs pour les tissus sains.

Ces réserves faites, ils donnent des résultats excellents, mais avec une réaction cutanée bien plus importante et plus longue à cicatriser que la réaction qui suit une application de radium. Parfois les récidives sont dues à une mauvaise technique : il ne faut pas employer les irradiations répétées, à petites doses, qui lèsent les tissus sains tout en augmentant la radio-résistance du cancer. Il faut utiliser un rayonnement moyennement pénétrant, filtrer légèrement et guérir la tumeur en une ou deux séances. Le seul inconvénient de cette thérapeutique réside, comme nous l'avons dit, dans sa brutalité et les fortes réactions qu'elle entraîne.

La radiumthérapie nous semble le traitement de choix des cancers des lèvres. Elle peut s'appliquer à tous les cas, les cas faciles comme les cas difficiles. Elle guérit les lésions récidivées après les irradiations par les rayons X. Elle donne des guérisons dans des cas où toute autre thérapeutique était impossible. Enfin, les réactions cutanées qu'elle entraîne restent toujours superficielles et guérissent sans difficulté

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT CURIETHERAPIQUE DU CANCER DES LEVRES

Le problème curiethérapique d'un cancer se résume à ceci : « Administrer dans toute l'étendue du territoire néoplasique un rayonnement de qualité telle et de quantité telle que les cellules cancéreuses (plus sensibles) soient toutes mortellement atteintes, tandis que les éléments normaux (moins sensibles) ne soient pas sérieusement endommagés. »

Le radium émet trois groupes de radiations : α , β , γ . Les rayons α n'ont aucun intérêt thérapeutique, puisque la paroi des tubes qui contient le radium les absorbe tous.

Les rayons β ayant une action nécrotique diffuse sur tous les tissus ont été bannis de la curiethérapie.

Les rayons γ sont les seuls qui intéressent. A dose modérée, ils ne lèsent qu'au minimum les cellules saines. Leur pouvoir de pénétration est considérable et peut être rendu homogène par l'emploi de filtres de platine à partir de 2 millimètres d'épaisseur. M. le Professeur Réchou écrit : « Ce qu'il faut en curiethérapie, c'est un rayonnement aussi homogène que possible, et l'élimination absolue des rayonnements β mous et durs. » C'est Dominici qui inventa en 1907 l'irradiation ultra-pénétrante. Il utilisa le sel de radium enfermé dans des étuis cylindriques d'argent, d'or et de platine.

Un milligramme de radium élément produit 0 millicurie 007334 d'émanation par heure. Il est donc facile, connaissant le nombre de milligrammes de radium employés, la durée d'application, de connaître la dose utilisée.

La dose à utiliser varie avec l'épaisseur de la lésion et ses dimensions en surface. On peut prendre comme base une dose de 1 millicurie par centimètre carré de surface au maximum; on sera certain ainsi de se trouver dans les conditions voulues pour obtenir une stérilisation définitive de la tumeur. Ne pas descendre au-dessous de 6 millicuries.

La dose reçue ne dépend pas seulement de l'intensité du rayonnement, mais encore du temps d'application. Rigaud a montré que l'action obtenue est meilleure à dose égale avec une intensité moindre et un temps plus long. On peut ainsi éviter les radionécroses et on a plus de chances d'agir sur les cellules à leur période de radio-sensibilité maximum. Toutes nos applications ont été faites entre quatre et vingt jours.

Il faut augmenter la distance entre le foyer radiant et la tumeur, et cela d'autant plus que la tumeur est plus profonde. En pratique, la distance focale doit être de 3 à 5 centimètres, maintenue uniforme quels que soient les creux et les saillies de surface.

La surface d'entrée du rayonnement doit être assez grande (de quelques dizaines à quelques centaines de centimètres carrés), dépassant l'étendue des lésions.

Enfin, il faut avoir une filtration suffisante, de façon à ne laisser passer que des rayons très pénétrants.

Les deux principales modalités d'application du radium dans le traitement du cancer des lèvres sont la radiumpuncture et la curiethérapie à distance par foyers externes.

1° RADIUMPUNCTURE. — C'est un procédé simple, mais ses indications sont restreintes. Il faut des tumeurs épaisses, car la faible filtration des aiguilles entraîne des réactions violentes et des radionécroses, en particulier au niveau des os. Les aiguilles sont susceptibles d'infecter le foyer dans lequel on les place.

Il faut faire un aiguillage périphérique, condition d'une irradiation homogène; aussi ne peut-on l'employer lorsque la tumeur n'est pas accessible par toutes ses faces.

La filtration des aiguilles est faible, 0 mg. 5 de platine. Ces

aiguilles sont munies d'un chas par lequel on fait passer un fil de soie ou de bronze qui sert à les fixer dans les tissus ou à les retirer. Elles peuvent contenir 1, 2 ou 3 milligrammes de Rae.

Les doses utilisées seront faibles, car le rayonnement peu filtré et mis au contact de la masse néoplasique a un effet caustique considérable. On détruit 1 millicurie par centimètre cube de tumeur. Le traitement sera d'environ huit jours.

2° CURIETHÉRAPIE PAR FOYERS EXTERNES. — Cette méthode a fait faire de grands progrès à la curiethérapie. Le principe est le suivant : des appareils en cire sont moulés étroitement sur la région malade et donnent aux tubes de radium un support assez solide pour que ces tubes puissent garder à la surface de ces appareils une situation immuable. On arrive ainsi à distribuer le rayonnement d'une façon très régulière dans le temps et dans l'espace. Mais il est nécessaire que ces appareils ne puissent se déplacer sur la région malade.

Le plus souvent, nous utilisons des appareils de cire en pâte Columbia; cette pâte, mélange de paraffine, de cire d'abeilles et de poudre de bois, a l'avantage d'avoir une plasticité suffisante à une température supportable par la peau et une rigidité parfaite à la température du corps.

Les dimensions des appareils doivent toujours permettre de déborder macroscopiquement la tumeur.

Nous utilisons des tubes de 5 ou de 10 milligrammes de radium élément. Pour un cancer de la lèvre peu étendu, nous employons des tubes de 5 milligrammes Rae car le radium, étant très proche de la peau, pourrait avoir un effet caustique.

La filtration sera de 1 millimètre de platine.

La durée d'application varie avec les tumeurs : de quatre à huit jours pour les lésions superficielles, de dix à vingt jours pour les lésions profondes.

Comment disposer le radium à la surface des appareils? Cette disposition est capitale, puisque c'est d'elle que dépend l'amélioration du rendement en profondeur.

Il faut savoir que la dose cancéricide est à peine inférieure

à la dose capable de faire tomber l'épiderme (radioépidermite de Regaud). On devra donc, pour faire œuvre utile, atteindre le stade de radioépidermite (rougeur, puis chute de l'épiderme), sans arriver toutefois à des lésions de radiodermite qui entraîneraient des plaies à cicactrisation vicieuse et lente.

Il y a deux moyens d'améliorer le rapport dose superficielle, dose profonde : l'écartement radium-peau, la disposition des tubes de radium à la surface de l'appareil.

1° Le radium sera d'autant plus écarté de la peau que les points les plus éloignés de la tumeur seront situés à une profondeur plus grande. Pour les lésions superficielles, l'appareil n'a qu'un demi-centimètre d'épaisseur. Il a 1 à 2 centimètres pour les cancers plus épais.

2° Il faut savoir que seuls sont intéressants au point de vue thérapeutique les rayons perpendiculaires d'une part, et, d'autre part, les rayons modérément obliques qui, avec ceux du tube voisin, se croisent sous la peau au niveau de la tumeur; leur recoupement accroît en effet l'effet curiethérapique. Les rayons très obliques doivent être éliminés; on atteint ce résultat en écartant les tubes les uns des autres.

Ce sont les travaux de PROUST, MALLET, COLLIEZ, qui ont mis la question au point.

En pratique, on éloigne les tubes de 1, 2 ou 3 centimètres les uns des autres, suivant que la lésion est plus ou moins profonde. Les tubes sont disposés parallèlement les uns aux autres.

La dose administrée est plus élevée avec un appareil à distance que dans les cas d'application locale.

La dose moyenne pour un cancer de la lèvre traité par un appareil de cire avec des tubes de 5 milligrammes de Rae, filtrés à 1 millimètre de platine et, éloignés de la peau de 1 centimètre, est de 1 millicurie par centimètre carré de surface irradiée.

On donne une dose supérieure quand on fait des applications longues et d'intensité faible, quand on augmente la distance.

En résumé, deux traitements sont en présence pour traiter

un cancer des lèvres : la chirurgie, les radiations. Lequel choisir? Nous citerons ici les quelques lignes de S. LABORDE qui résume notre opinion : « Le traitement par les radiations doit être considéré comme supérieur à l'intervention chirurgicale, même lorsque les lésions sont limitées et, par conséquent, facilement opérables. C'est d'ailleurs l'opinion à laquelle se sont ralliés beaucoup de chirurgiens. En effet, pour mettre à l'abri d'une récurrence, l'exérèse doit être large et dépasser les limites du néo. Elle s'accompagne donc de délabrements étendus, de déformations parfois importantes, que des réparations plastiques peuvent bien atténuer, mais non pas faire disparaître. Au contraire, une irradiation bien faite permet la guérison avec un résultat esthétique surprenant, sans aucune trace, qu'une légère dépigmentation de la peau ou de la muqueuse restée parfaitement souple. »

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Nous allons publier maintenant les observations que nous avons recueillies dans le service de M. le Professeur Réchou, au Centre anticancéreux de Bordeaux et du Sud-Ouest. Nous regrettons de ne pouvoir donner que 18 observations; mais, malgré nos recherches, nous sommes restés sans nouvelles d'un assez grand nombre de malades que nous avons traités au Centre.

OBSERVATION I.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure.

Radiumpuncture. — Radiothérapie. — Décédé.

M. F..., 64 ans.

Début il y a trois ans. Tuméfaction grosse comme une cerise au niveau de la lèvre inférieure. A gauche, tumeur grosse comme un pois, séparée de la précédente par une zone sans relief. La lèvre participe à la lésion et présente une ulcération peu profonde. Adénopathie sous-mentale : 4 à 5 ganglions hypertrophiés mais mobiles et non douloureux. Un ganglion hypertrophié dans la région carotidienne droite.

Traitement. — Radiumpuncture, 13 janvier 1923. 4 aiguilles de

2 mg. Rae sur les ganglions sous-mentaux médians pendant douze heures; 7 mcd. en douze heures.

23 janvier 1923 : Curiethérapie externe. 5 tubes à 1 mg. Rae; 1,88 mcd. en cinq heures.

En février, l'état général est peu brillant. L'ulcération s'est étendue.

Mars 1923 : Radiothérapie sous le menton, sur la région sous-maxillaire droite et gauche, sur la lèvre inférieure.

Avril 1923 : Biopsie. Enorme réaction conjonctive. Plus de foyers épithéliomateux reconnaissables.

Décédé en décembre 1924.

OBSERVATION II.

Epithélioma baso-cellulaire de la lèvre inférieure. — Curiethérapie.

Décédé.

M. P..., 68 ans.

Induration profonde du volume d'une noix ayant débuté il y a vingt-cinq ans.

Traitement. — Curiethérapie, 17 janvier 1923. Appareil de cire. 15 mg. Rae; 6 mcd. en six heures.

24 janvier : Appareil de cire. 30 mg. Rae; 13 mcd. en six heures. Réaction vive avec croûte épaisse qui disparaît un mois après.

Juin 1923 : Cicatrice souple, indolore. Pas de ganglions.

Mars 1926 : Cicatrice parfaite. Rien à signaler. La guérison date de trois ans et deux mois.

Décédé de maladie intercurrente.

OBSERVATION III.

Epithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre inférieure.

Curiethérapie. — Radiothérapie. — Décédé.

M. D..., 81 ans.

Début en 1922 par une petite plaque blanche sur la partie droite de la lèvre. Petit ganglion médian sous-maxillaire.

Traitement. — Curiethérapie, mai 1923.

Mars 1924 : Epithélioma cicatrisé. Cicatrice souple. Mais des deux côtés à l'angle du maxillaire inférieur, ganglions douteux. Radiothérapie pénétrante.

Décédé en juin 1924 de maladie intercurrente.

OBSERVATION IV.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Exérèse chirurgicale. — Récidive ganglionnaire. — Curiethérapie. — Radiothérapie. — Décédé.

M. Ch..., 66 ans.

Début il y a dix-huit mois par un petit bouton enlevé chirurgicalement. Cicatrice apparente et vicieuse. Empâtement du plancher buccal avec abcès qui s'est ouvert il y a environ trois semaines. Cet empâtement descend jusqu'au cartilage du larynx, depuis le menton et latéralement sur une longueur de 7 centimètres.

Traitement. — Curiethérapie, 7 janvier 1924. Appareil de cire; épaisseur 15 mm.; 3 tubes à 15 mg. Rae; filtration 1 mm. de platine; 121 med. en quinze jours.

23 janvier : Etat local assez satisfaisant. Plus de trace d'épithélioma de la lèvre inférieure d'une part et d'autre part la tumeur du plancher de la bouche semble fixée dans son développement.

Juin 1924 : Bon état général, mais toute la région sous-mentonnière est très indurée jusqu'au larynx. Radiothérapie sous le menton; 2 séances de soixante minutes; 4.000 R.; filtration 5 dixièmes de mm. de zinc; 2 mm. Al.

Décembre 1924 : Sur la région sous-maxillaire droite et gauche 2.000 R.; filtration 5 dixièmes de mm. de zinc, 2 mm. Al.; 2 séances de quarante-cinq minutes.

Février 1925 : Grosse adénopathie sus-hyoïdienne et sous-maxillaire droite. Pas de récidence locale.

Mars 1925 : Sur la région sous-maxillaire 4 séances de vingt-cinq minutes; 2.000 R.

Mai 1926 : Sur région laryngée droite et gauche, 2.000 R. Examen par le Professeur Moure. Crépitation laryngée disparue à droite; grosse infiltration sans doute néoplasique des arythénoïdes, surtout à droite.

OBSERVATION V.

*Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Curiethérapie.
Radiothérapie. — Décédé.*

M. D..., 46 ans.

Début il y a un an par une petite excoriation de la lèvre inférieure. Petite ulcération de la lèvre. Ganglions sous-maxillaires fixés au maxillaire inférieur.

Traitement. — Curiethérapie, 23 mai 1924. Appareil de cire; 2 tubes à 5 mg. Rae; filtration 1 mm. de platine; durée huit jours. Radiothérapie sur la région sous-angulo-maxillaire gauche, sur la région cervicale droite et gauche.

Juillet 1924 : Volumineuse adénopathie fistulée sous-maxillaire gauche. Masse ganglionnaire indurée. Bloquage complet du plan sous-maxillaire gauche. Gros ganglion carotidien supérieur. Rien du côté de la lèvre. Rien dans la bouche.

Août 1924 : L'ulcération grandit. Radiothérapie sur la région antérieure du cou et la région latérale gauche.

Septembre 1924 : Cratère très étendu (8×10), profond de 4 cm. sous-maxillaire gauche. Bords épais, fond sanieux. Blocage total. 3 gros nodules tumoraux maxillaires gauches. Cicatrisation de la lèvre. Douleurs occipitales gauches. Radiothérapie sur le côté gauche du cou.

Depuis octobre 1924, le malade est tellement fatigué qu'il ne peut continuer le traitement.

Le malade meurt le 19 décembre 1924, le processus néoplasique ayant fait de rapides progrès.

OBSERVATION VI.

*Epithélioma pavimenteux lobulé de la lèvre inférieure. — Chirurgie.
Curiethérapie. — Décédé.*

M. L..., 71 ans.

Début il y a huit mois par une petite croûte qui tombait puis se reformait. Il subit un curage ganglionnaire du côté droit.

Le 23 septembre 1925, on constate au niveau du bord muqueux de la lèvre inférieure une lésion verruqueuse ulcérée dans sa partie externe de 31 mm. de long sur 14 mm. de large. La lèvre est infiltrée dans la zone droite. La région cervicale présente une cicatrice adhérente avec point de suppuration à sa partie supérieure.

Traitement. — Curiéthérapie, septembre 1925. Appareil en pâte Colombia; surface radiante 25 cm²; 8 tubes à 5 mg. Rae; filtration 1 mm. de platine; 25 mcd. en quatre-vingt-cinq heures.

Juillet 1926 : Cicatrisation totale. Souplesse parfaite. Cicatrice du curage en bon état; on ne constate plus d'adhérences à son niveau. L'induration a complètement disparu.

Décédé de maladie intercurrente.

OBSERVATION VII.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Récidive.

Chirurgie. — Radiumpuncture. — Décédé.

M. L..., 62 ans, manoeuvre.

Le malade a déjà subi deux interventions chirurgicales et un traitement roentgenthérapique pour épithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. Il se présente en pleine récidive. Le processus ulcéreux occupe la commissure labiale gauche et la partie interne de la joue avec un clapier purulent. L'ulcération s'étendant sur 3 centimètres environ a un fond atone.

Adénopathie sous-maxillaire : gros ganglion bloqué du volume d'un œuf de pigeon.

Jabot sous-mental avec grosse infiltration et induration très suspecte.

Petits ganglions du côté opposé, mobiles, du volume d'une olive.

Traitement. — Curage ganglionnaire cervical gauche avec dissection cellulo-ganglionnaire au thermocautère (mai 1927).

Curage ganglionnaire cervical droit au thermo :

1° Curage carotidien;

2° Curage sous-maxillaire;

3° Curage sous-sterno-cléido-mastoïdien (juin 1927).

Juillet 1927 : Radiumpuncture de la lésion déjà traitée :

9 aiguilles à 2 mg. Rae.

10 aiguilles à 1mg. Rae;

Filtre : 0 mm. 5 de platine; 51 med. en douze jours.

Le malade est décédé en 1928 après une extension massive de la tumeur et grosse infiltration de la face, empêchant toute alimentation. Il a eu une métastase hépatique dans les derniers jours.

OBSERVATION VIII.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure.

Diathermo-coagulation. — Mort d'hémorragie cérébrale.

M. G..., 74 ans.

Le mal a débuté il y a un an par une petite tumeur rougeâtre qui a augmenté de volume surtout depuis deux mois. A l'examen (fév. 1927) on trouve une tumeur du volume d'une cerise, de coloration noirâtre en son centre, de consistance dure. La muqueuse labiale est desquamée.

Pas d'adénopathie cliniquement appréciable.

Traitement. — Diathermo-coagulation faite sans anesthésie locale (12 fév. 1927).

Mars 1927 : La lésion s'étend transversalement sur une longueur d'environ 3 cm. 5. Ganglions sous-maxillaires mobiles bilatéraux. Gros ganglion carotidien supérieur gauche des dimensions d'une olive.

Août 1927 : Petit nodule dur au niveau de la lésion locale. Les ganglions persistent.

Diathermo-coagulation du petit nodule douteux.

Le malade est décédé le 13 octobre 1927 d'une hémorragie cérébrale.

OBSERVATION IX.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Curiothérapie, Chirurgie. — Radiothérapie. — Décédé.

M. D..., 73 ans, marin.

Il y a environ trois ans le malade s'est mordu la lèvre inférieure.

La lèvre a augmenté de volume et il s'est formé un petit noyau dur de la grosseur d'un petit pois. Ablation de ce nodule le 11 février 1927. Nouvelle ablation le 2 avril 1927 après récurrence. Il vient à la consultation en août 1927 et présente sur la lèvre inférieure un petit nodule à base indurée avec adénopathie sous-maxillaire bilatérale.

Traitement. — Curiethérapie, 9 août 1927. Appareil de cire; 16 tubes à 5 mg. L'appareil ne pouvant être maintenu en place, on l'enlève au bout de huit heures. Radiumpuncture, 11 août 1927. 8 aiguilles à 1mg.; 21 mcd. pendant quatorze jours.

Octobre 1927 : Gros ganglion sous-maxillaire droit du volume d'une noisette fixé à la face interne du maxillaire.

Mars 1928 : Adénopathie sous-maxillaire adhérente et bloquée contre le corps du maxillaire. La lèvre est guérie.

1^{er} avril 1928 : Radiothérapie, 4 séances sous la région sous-maxillaire gauche de trente-cinq minutes; 500 R. par séance : 2.000 R.; filtration de 1 mm. d'Al., 2 mm. de cuivre; distance peau anticathode : 40 cm.

17 avril 1928 : Ablation des ganglions au thermocautère sous anesthésie générale (chloroforme). La biopsie ne montre pas de métastase dans les ganglions, mais une grosse métastase développée hors du ganglion.

Juillet 1928 : Revient avec une volumineuse adénopathie sous-mentale bloquée et une induration d'une partie de l'hémiface du côté droit. Récurrence néoplasique. Douleurs paroxystiques de tout l'hémiface droit.

Décédé en septembre 1928 d'adénopathie cancéreuse.

OBSERVATION X.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Chirurgie.

Curiethérapie. — Décédé.

M... (L.), 60 ans, tonnelier.

En 1927, le malade voit apparaître un petit bouton blanc siégeant sur le côté gauche de la lèvre inférieure. Il gratte ce bouton et arrache à maintes reprises la croûte qui se forme. En 1922, ce bouton s'est mis à grossir et à bourgeonner.

A l'examen, juin 1927, on remarque une tumeur bourgeonnante non ulcérée siégeant sur les parties externe et interne de la moitié gauche de la lèvre inférieure. A l'extérieur les dimensions sont égales environ à celles d'une pièce de 2 francs; les bourgeons sont de couleur foncée, durs et secs. A l'intérieur, dimension d'une pièce de 1 franc seulement.

Ganglions carotidiens gauches rares et petits.

Traitement. — Curage ganglionnaire du côté gauche au thermocautère sous anesthésie générale (7 juin 1927) :

- 1° Ablation ganglions carotidiens;
- 2° Ablation ganglions sus-claviculaires;
- 3° Ablation ganglions sous-maxillaires.

La biopsie ne décèle pas de métastase.

Curiethérapie : 1^{er} juillet 1927. Appareil en pâte Colombia; protection : plomb 2 mm.; surface 2 cm²; 35 mg. Rae répartis en 7 tubes de 5 mg. Rae; distance peau 1 cm.; 20 mcd. en quatre-vingt-douze heures.

Le 13 juillet : remise en place de l'appareil avec : 7 tubes à 10 mg. Rae; 10,66 mcd. en vingt et une heure et demie.

Juillet 1927 : En pleine réaction de radio-épidermite labiale :

- 1° Œdème;
- 2° Du côté cervical opéré (gauche), cicatrice fibreuse, fixée au niveau de la région angulo-maxillaire;
- 3° Du côté non opéré, un ganglion sous-maxillaire assez volumineux non induré.

S'est suicidé le 20 janvier 1928, le mal s'étant aggravé.

OBSERVATION XI.

Epithélioma de la lèvre supérieure pavimenteux tubulé prenant la forme carcinomateuse. — Radiothérapie. — Récidive. — Radiothérapie. — Chirurgie. — Curiethérapie. — Décédé.

M... (S.), 65 ans, goudronnier.

En 1923, le malade a suivi, à Dax, un traitement roentgenthérapique pour un petit épithélioma de la lèvre inférieure.

En avril 1925, le traitement fut suspendu, la guérison paraissant

complète. Depuis, une nouvelle ulcération s'est formée, reposant sur une base indurée. Reprise du traitement roentgenthérapique avec une séance tous les huit jours.

En juillet 1925 vient à la consultation sur les conseils du médecin qui le traite.

A l'examen (juillet 1925) on constate une ulcération de la lèvre inférieure à droite de la ligne médiane de la dimension d'une pièce de 1 franc. Elle présente un cratère en forme d'entonnoir à bords surélevés et ligneux. Le fond est jaunâtre et sec. La base est indurée. On remarque la cicatrice de l'ancienne lésion. La lèvre est infiltrée et indurée.

Pas de ganglions cliniquement perceptibles.

Traitement. — Curage ganglionnaire sous-maxillaire bilatéral juillet 1925.

Pas de métastase ganglionnaire à l'examen histologique.

Curiethérapie août 1925. Appareil en pâte Colombia; surface 26 cm²; 14 foyers de radium; filtration 0 mm. 5 de platine; dose totale 24 mc. 14 en cent soixante-treize heures (application discontinue).

Décembre 1925 : l'ulcération de la lèvre inférieure de nature non douteuse, à bords épais, indurés, à fond irrégulier et saignant, s'est agrandie. L'induration s'étend vers le menton.

Donc, échec de la curiethérapie en raison du nombre des irradiations antérieures.

16 janvier 1926 : Excision de la lésion au couteau diathermique sans anesthésie générale.

Février 1926 : L'ulcération a la forme d'un V dont la hauteur est de 4 cm., la largeur maximum de 4 cm. La table externe du maxillaire inférieur est dénudée et prend une teinte brunâtre. Chute des incisives médianes et latérales droites et gauches et de la canine inférieure droite. Manque de souplesse des régions sous-maxillaires.

Août 1926 : La lèvre est cicatrisée correctement. Mais on constate une adénopathie sous-maxillaire douteuse légèrement ulcérée en son centre à droite. A gauche, blocage sous-maxillaire intense.

Le malade est décédé le 12 décembre 1926 des suites de son adénopathie cancéreuse.

OBSERVATION XII.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Curiethérapie.
Pas de récurrence depuis trois ans et sept mois.

M... (P.), 58 ans.

En décembre 1925, le malade voit apparaître un petit bouton sur la commissure labiale gauche, qui s'ulcère rapidement.

Mai 1926 : A l'examen, on constate une ulcération de la grosseur d'un pois, à fond bourgeonnant et croûteux. Induration de la partie gauche de la lèvre inférieure.

Adénopathie sous-maxillaire gauche.

Traitement. — Curiethérapie, mai 1926. Appareil pâte Colombia; surface radiante 12 cm²; distance à la peau 7 mm.; filtration 1 mm. de platine; 6 tubes à 5 mg. Rae; durée quatre jours; dose reçue : 20 mcd. en quatre-vingt-neuf heures.

Juin 1924 : Cicatrisation parfaite. Lèvre souple. Quelques ganglions sous-maxillaires durs, petits, mobiles.

Septembre 1926 : Les ganglions ont disparu.

Décembre 1929 : Cicatrisation parfaite. Pas de ganglions. Etat général excellent.

OBSERVATION XIII.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Chirurgie.
Curiethérapie. — Pas de récurrence depuis trois ans et sept mois.

M... (V.), 55 ans.

En novembre 1924 apparaît, sur la partie médiane de la lèvre inférieure, une plaque de leucoplasie, qui, au bout de huit mois environ, commence à grossir et à bourgeonner.

Mars 1926 : A l'examen, on constate une saillie bourgeonnante de la lèvre inférieure, s'étendant depuis la commissure droite jusqu'à un travers de doigt à gauche de la ligne médiane. La surface est ulcérée, suintante, saignante. Toute l'épaisseur de la lèvre est infiltrée.

Ganglions sous-maxillaires, mobiles, durs, allant du volume d'une noisette à celui d'un grain de blé.

Traitement. — Curage ganglionnaire, mars 1926. Curage ganglionnaire rétro-jugulaire (petits ganglions le long du spinal). Ablation de la nappe cellulo-ganglionnaire jugulaire, après débridement stellaire de Morestin. Ablation de la glande sous-maxillaire. Drainage. Pas de métastase ganglionnaire à l'examen histologique.

Mars 1926 : Curiéthérapie. Appareil en pâte Colombia; surface radiante 32 cm²; distance peau 8 mm.; 13 foyers à 5 mmg. Rae = 65 mg. Rae; filtration 1 mm. de platine; dose totale : 39,375 med. dans soixante-dix heures.

Juillet 1926 : Cicatrisation parfaite. Assouplissement parfait des tissus.

Février 1928 : Guérison persistante. Pas de récurrence ganglionnaire.

Juillet 1929 : Très bon état local et général. Aucune trace de récurrence.

OBSERVATION XIV.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre supérieure. — Curiéthérapie.

Pas de récurrence depuis deux ans et sept mois.

M... (A.), 61 ans.

En décembre 1925, apparition sur la lèvre supérieure d'une petite croûte, qui augmente de volume malgré les pommades que le malade y applique.

Mai 1926 : A l'examen, on constate une ulcération sur la lèvre supérieure de 26 mm. de large sur 12 mm. de long. Le fond est sanieux, saignant et bourgeonnant. Les bords sont surélevés et violacés.

Un ganglion sous-maxillaire. Grappe de ganglions sus-claviculaires, mobiles, superficiels et profonds.

Traitement. — Curethérapie, mai 1926. Appareil en pâte Colombia; surface radiante 30 cm²; distance à la peau, 3 mm.; 12 foyers à 5 mg. Rae = 60 mg. Rae; dose totale 22,9 med. dans soixante-six heures.

12 août 1926 : Cicatrisation à peu près complète. Pas de ganglions.

Juin 1928 : Résultat esthétique et anatomique parfait.

Janvier 1929 : Cicatrisation parfaite de la lèvre supérieure. Aucun ganglion perceptible.

OBSERVATION XV.

Epithélioma de la commissure labiale inférieure gauche.

Chirurgie. — Récidive. — Diathermo-coagulation.

M... (F.), 65 ans.

En novembre 1923 apparaît, au niveau de la commissure labiale gauche, un petit bouton, qui augmente rapidement de volume. La tumeur bourgeonnant, un chirurgien en fait l'excision. Dix-huit mois après, récidive.

Octobre 1926 : A l'examen, on constate une ulcération s'étendant en surface et mesurant 1 centimètre dans tous ses diamètres.

Traitement. — Diathermo-coagulation, octobre 1926.

Février 1927 : Cicatrice parfaite. Dans le tiers moyen de la région carotidienne droite se trouve une masse ganglionnaire accolée au cartilage thyroïde et se mobilisant avec lui (volume d'une amande).

Juillet 1927 : La masse diminue de volume. Le malade a de nombreuses racines à extraire.

Avril 1929 : Petit ganglion carotidien très mobile. Région sous-mentale augmentée de consistance. Bon état général.

OBSERVATION XVI.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Curiethérapie.

Pas de récidive depuis deux ans et huit mois.

M... (D.), 50 ans.

En 1924, pendant son travail, une goutte d'acide sulfurique tombe sur la lèvre inférieure du malade. Depuis ce moment il s'est développé une petite ulcération qui ne guérit pas. Le malade vient à la consultation en février 1927.

A l'examen on constate, au niveau de la partie gauche de la lèvre inférieure, une petite ulcération de 2 cm. de long sur 1 à 2 mm. de large. La base n'est pas indurée. Mais la muqueuse est adhérente et glisse mal.

Pas d'adénopathie.

Traitement. — Curiethérapie, mars 1927. Appareil en pâte Colombia; surface irradiée 6 cm²; 4 tubes de 5 mg. Rae = 20 mg. Rae; filtration 1 mm. de platine; distance à la peau 1 cm.; dose totale 18 med. dans cent vingt heures.

Janvier 1928 : Guérison parfaite de la lésion labiale. Pas de ganglions perceptibles.

Novembre 1929 : Cicatrice parfaite. Pas de ganglions perceptibles cliniquement. Excellent état général.

OBSERVATION XVII.

Epithélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. — Curiethérapie.
Radiothérapie.

M... (R.), 33 ans.

En octobre 1924 apparaît, sur la lèvre inférieure, une petite tumeur qui finit par s'ulcérer.

A l'examen, décembre 1925, on constate, au niveau de la lèvre inférieure, à droite de la ligne médiane, une petite ulcération superficielle, aplanie, à fond rougeâtre, intéressant le bord muqueux de la lèvre. Elle est parallèle à la lèvre et mesure 16 mm. sur 11 mm. La base, indurée, déborde la lésion.

Pas de ganglions cliniques.

Traitement. — Curiethérapie, 23 décembre 1925. Appareil en pâte Colombia; surface radiante 11,76 cm²; distance à la peau 12 mm.; filtration 1 mm. de platine; 40 tubes à 5 mg. de Rae = 50 mg. Rae; dose reçue 15 med. dans quarante heures.

Février 1926 : Guérison clinique complète de la lèvre. Muqueuse complètement reformée. Lèvre bien souple. Pas de ganglions sous-maxillaires.

Décembre 1929 : Même état local. Excellent état général.

OBSERVATION XVIII.

*Eptihélioma spino-cellulaire de la lèvre inférieure. - Curiethérapie.
Radiothérapie.*

M... (S.), 73 ans.

En mai 1927, le malade se brûle à plusieurs reprises avec sa cigarette la lèvre inférieure. Il se forme une petite ulcération qui se met à suppurer.

A l'examen, juillet 1927, on constate que la lèvre inférieure est enflée. Au milieu de la lèvre on voit une petite érosion de 3 cm. sur 2 cm., légèrement excavée, de consistance ferme.

Pas de ganglions.

Traitement. — Curiethérapie, juillet 1927. Appareil en pâte Colombia. Surface radiante 15 cm²; distance à la peau 7 mm.; 7 tubes à 5 mg. Rae = 35 mg. Rae; filtration, 1 mm. de platine; dose totale 31,2 med. dans cent vingt heures.

Novembre 1928 : Le malade revient parce qu'il présente dans la région sous-maxillaire gauche deux tumeurs, dures, mobiles sur les plans profonds, du volume d'un œuf de pigeon.

Radiothérapie : Du 20 novembre au 3 décembre 1928, 8 séances de 45 minutes à jour passé sur la région cervicale droite et gauche; 500 R. par séance = 4000 R.; filtration : 2 Al. 1 Cu.; distance 40 cm.

Décembre 1928 : La métastase située sur la face externe de la branche du maxillaire inférieur du côté gauche a presque entièrement disparu. Ganglions sous-maxillaires bloqués, adhérents au maxillaire inférieur.

Avril 1929 : La tumeur a augmenté de volume et a atteint la grosseur d'un œuf de poule. Consistance dure; elle fait corps avec le maxillaire inférieure. Peau adhérente. Douleur lancinante.

Radiothérapie : 8 séances de 40 minutes sur région cervicale gauche et sur la joue gauche; 500 R. par séance = 4.000 R.

Mai 1929 : Même état.

CHAPITRE II

RESULTATS OBTENUS DANS LE TRAITEMENT DU CANCER DES LEVRES AU CENTRE ANTICANCEREUX DE BORDEAUX ET DU SUD-OUEST.

Nous allons analyser maintenant en toute sincérité les résultats obtenus. Tous les malades que nous considérons comme guéris ont été revus au moins une fois pendant l'année 1929. La guérison la plus récente date de deux ans et sept mois.

Sur 18 malades traités, nous obtenons les résultats suivants :

- 5 guérisons définitives;
- 11 décès;
- 2 malades qui ne sont pas encore guéris.

Sur les 11 décès, 7 malades sont morts des suites du cancer, 4 de maladies intercurrentes.

Sur 5 guérisons :

- 1 date de deux ans et sept mois;
- 1 date de deux ans et huit mois;
- 2 datent de trois ans et sept mois;
- 1 date de quatre ans.

En résumé, on obtient 22,22 p. 100 de guérisons.

Sur les 5 malades guéris, 3 étaient porteurs d'adénopathie. On constate que sur les 11 malades décédés tous étaient porteurs d'adénopathie sauf un. Ce dernier, décédé de maladie intercurrente, était guéri depuis trois ans et deux mois au moment de sa mort.

Nous avons déjà dit que l'épithélioma des lèvres doit sa gra-

vité, comme tous les cancers du reste, aux complications ganglionnaires. La lésion de la lèvre guérit presque toujours, même dans les cas très avancés. Aussi étudierons-nous d'abord les résultats obtenus dans le traitement de la lésion labiale, puis les résultats obtenus dans le traitement des adénopathies.

Lésion labiale. — Sur 18 malades traités, 17 ont guéri de leur lèvre. Un seul malade (Obs. VII) a eu une extension massive de sa tumeur avec grosse infiltration de la face empêchant toute alimentation. Ce malade, que nous avons traité par la radiumpuncture, avait déjà subi deux interventions chirurgicales et un traitement roëntgenthérapique.

2 malades ont été traités par la diathermo-coagulation. Le résultat local a été bon, mais l'un est mort d'hémorragie cérébrale, l'autre n'est pas encore guéri de son adénopathie.

Les 14 autres malades ont tous été traités par la curiethérapie externe avec appareils moulés en pâte Colombia, suivant la technique que nous avons exposée plus haut. Les résultats esthétiques et anatomiques ont tous été excellents.

Adénopathie. — Nous résumons les résultats obtenus avec les divers traitements employés dans les adénopathies consécutives aux cancers des lèvres.

Roëntgenthérapie employée seule : 1 guérison, 3 morts;

Roëntgenthérapie associée à la chirurgie : 1 mort.

Roëntgenthérapie associée à la radiumpuncture : 1 mort.

Chirurgie employée seule : 1 guérison, 4 morts.

Ces mauvais résultats proviennent pour la plupart de ce que les ganglions n'ont pas été enlevés ou ont été enlevés trop tard. Attendre que les ganglions soient envahis pour pratiquer leur ablation est, croyons-nous, une erreur fondamentale dans le traitement de tout cancer des lèvres, car mieux vaut prévenir le mal que de le guérir.

Aussi, nous croyons pouvoir conclure en présence de ces résultats que la méthode capable de donner le plus de guérisons consiste à traiter la lésion de la lèvre par la curiethérapie externe, à faire le curage ganglionnaire avant même que les ganglions soient perceptibles cliniquement, à pratiquer une

radiothérapie de consolidation sur les régions ganglionnaires opérées.

Malheureusement, les malades viennent trop souvent vous consulter au moment où le mal a déjà fait tant de ravages que toute thérapeutique devient inefficace. Il faudrait faire comprendre au public que ces « petits bobos », insignifiants à leurs yeux, sont susceptibles de mettre leur vie en danger.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence de l'envahissement des ganglions, au cours du cancer des lèvres, s'explique par la richesse du réseau lymphatique de cet organe.

II. — Tous les ganglions cliniquement perceptibles au cours des épithéliomas des lèvres ne sont pas infestés par le cancer.

III. — La roentgentherapie, employée seule, est inefficace contre les métastases ganglionnaires des cancers des lèvres. De même la radiumpuncture.

IV. — Le curage ganglionnaire précoce, systématique, semble être à l'heure actuelle la méthode de choix pour prévenir et guérir les adénopathies cancéreuses.

V. — Le traitement roentgentherapique doit parachever la stérilisation du cou.

VI. — La curietherapie par foyers extérieurs semble donner les résultats esthétiques et anatomiques les plus parfaits dans le traitement de la lésion de la lèvre.

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
G. RECHOU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le décembre 1929.
Le Recteur de l'Académie,
F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉRARD. — Traitement actuel des cancers cutanés et muqueux de la face et de la cavité buccale. *Arch. méd.*, sept.-oct. 1923.
- BLOODYOOD. — Cancer de la lèvre inférieure. Son diagnostic. Son traitement opératoire. *Surgery, gynecology, obstetrics*, t. XVIII, n° 4, avril 1915.
- BONSDORFF (VON). — Traitement du cancer des lèvres. Congrès de la Société internationale de chirurgie, Bruxelles, 1908.
- BOGGS. — Traitement de l'épithélioma de la lèvre inférieure. *Interstate med. Journ.*, 1916.
- BORDIER (H.). — Diathermie et diathermo-coagulation.
- BRODERS. — L'épithélioma spino-cellulaire de la lèvre. *Journal of America medical Association*, 6 mars 1920, t. LXXIV, p. 656.
- Epithélioma à globes cornés de la lèvre inférieure. *Annals of surgery* 1921, p. 141.
- COLÉ (P.-P.). — Traitement chirurgical des cancers des lèvres et de la mâchoire. *The Lancet*, 1920, t. CXCIX, p. 845.
- COLLIEZ. — Etat actuel du traitement des cancers par la radiothérapie et la curiethérapie. *Gaz. méd. Centre*, 1926.
- COSTE. — Radiothérapie des néoplasmes. *Presse médicale*, 18 juill. 1923.
- DOLLINGER. — A propos du traitement du cancer des lèvres. Congrès de la Société internationale de chirurgie de Bruxelles, 1908.
- DUBREUILH. — Radiothérapie des épithéliomas de la peau par la méthode des doses massives. *Paris médical*, 9 oct. 1920.
- DUTHEILLET et DE LAMOTHE. — Congrès de la Société française d'oto-rhino-laryngologie de Paris, oct. 1927.

- DUBOIS. — Traitement des adénopathies cervicales consécutives aux épithéliomas des lèvres et de la langue. Thèse de Paris, 1924.
- ESGUERRA, MONOD, RICHARD. — Généralités sur l'emploi des substances plastiques en curiethérapie de surface. *Journ. Rad. et Electr.*, vol. VI, n° 7, p. 331.
- FIUZI. — Le traitement des tumeurs par le radium et les rayons X. Rapport au Congrès de la Société internationale de chirurgie, Paris, 1920.
- KERGROHEN. — 6 cas d'épithélioma de la face non stérilisés par les rayons X et guéris par le radium. *Arch. électr. méd.*, p. 81, févr. 1926.
- LABORDE (S.). — Considérations sur la curiethérapie. Congrès de radiologie et de physiothérapie, juin 1922.
- La curiethérapie des cancers de la peau. *Journ. de radiol.*, 1925, p. 285.
- LAMMERS (H.). — Traitement du cancer de la lèvre par le radium. *Acta Radiologica*, déc. 1923.
- LAIN (S.). — Etude clinique du cancer de la lèvre inférieure. *The Journal of the America medical Association*, 1920, n° 48, p. 1052.
- MARY. — Contribution à l'étude de la curiethérapie des cancers. Thèse de Paris, 1927.
- MASSIMO-LUPO. — Traitement radiumthérapique du cancer. *Arch. électr. méd.*, 1927.
- MORESTIN (H.). — Traitement du cancer des lèvres. *Bull. de la Soc. anat.*, 15 juill. 1902 et 6 nov. 1903.
- NIEL. — Thèse de Lyon, 1920.
- PAUCOAST. — Traitement moderne du cancer de la lèvre. *Surgery, gynecology. and obstetrics*, mai 1922, p. 589.
- PAUCHET. — Cancers de la face et de la bouche. Comment on les traite actuellement. *Act. Méd. Périv.*, déc. 1923, p. 351.
- PROUST, COLLIEZ. — Des moyens d'améliorer la pénétration en profondeur des rayons X et des rayons γ et des rayons du radium. *Paris médical*, 7 févr. 1925, p. 156.

PSAUME. — Indications et technique des appareils porte-radium dans le traitement des épithéliomas buccaux et cervico-faciaux. *Rev. de stomat.*, sept. 1924.

REGAUD. — Les progrès et les tendances de la curiethérapie des cancers. Conférences faites aux journées médicales, Bruxelles, 27 juin 1922.

— Principes du traitement des épithéliomas épidermoïdes par les radiations. Application aux épidermoïdes de la peau et de la bouche. Congrès du cancer, Strasbourg, vol. I, rap. p. 168, et *Journ. rad.*, 1923, p. 297.

REGAUD, JOLLY, LACASSAGNE, ROUX-BERGER, CESBROU, COUTARD, MONOD, RICHARD. — Sur le traitement du cancer des lèvres par les rayons X et le radium. *Bull. Assoc. franç. pour étude du cancer*, juill. 1921, p. 321.

— L'infection secondaire des cancers. Son rôle au point de vue du traitement radiothérapique. *Paris médical*, 3 févr. 1923.

RÉCHOU. — Sur la technique actuelle de la radiumthérapie des cancers. *Journ. rad. électr.*, 1926, p. 359.

RÉCHOU, JEANNENEY, MATHEY-CORNAT. — La diathermo-coagulation des épithéliomas cutanés et cutanéomuqueux. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, séance 17 déc. 1926.

RENDLE-SHORT. — Etude de 40 cas de cancer de la lèvre. *The British Med. Journ.*, n° 2590, 20 août 1910.

RIBEIRA Y SANS. — A propos du traitement du cancer des lèvres. Congrès international de chirurgie, Bruxelles, 1908.

ROUSSEAU (G.). — Thèse de Paris, 1923.

SISTRUNCK. — Les résultats du traitement chirurgical du cancer des lèvres. *Annals of Surgery*, mai 1924.

STEWART (J.C.). — Traitement radical du cancer de la lèvre. *The Journal of the America medical Association*, janv. 1910.

TWYMAN. — Epithélioma de la lèvre. *The Journal of the America medical Association*, n° 5, 4 févr. 1921.

